N° 218.

ESSAI

SUR LE DIAGNOSTIC

DES TUMEURS DE L'AINE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 26 août 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR AUGUSTE-FÉLIX HATIN, de Saint-Julien-du-Sault,

Département de l'Yonne.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1828.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/essaisurlediagno0007unse

ESSAI

SUR LE DIAGNOSTIC

DES TUMEURS DE L'AINE.

Le sujet que j'ai choisi n'est pas de ceux qu'une diction pure et harmonieuse, des phrases redondantes et cadencées, puissent embellir et rehausser aux yeux du vulgaire.

Ici, point d'épithètes fleuries, point de ces théories brillantes qu'une imagination vive enfante et caresse avec volupté.

Je ne dois parler que le langage sévère de l'observation, et si votre indulgence daigne applaudir à mes efforts, je le devrai, non au brillant de mon style, mais à l'exactitude des tableaux que j'esquisserai d'après vos savantes leçons.

Le diagnostic des tumeurs de l'aine est d'ailleurs une chose assez importante pour n'avoir pas besoin de vains ornemens; et pour se le persuader, il suffit de considérer un moment que ces tumeurs réclament des moyens chirurgicaux qui varient pour chacune d'elles, et qu'une méprise dans ce cas peut entraîner les conséquences les plus funestes.

Je me suis donc proposé de prendre pour sujet de cette thèse le diagnostic des tumeurs de l'aine, non que j'aie rien à ajouter à ce qu'en ont dit les auteurs, mais parce que j'ai pensé qu'en rappro-

chant ces tumeurs, ordinairement disséminées dans de volumineux ouvrages, en les comparant entr'elles, je ferais mieux ressortir les caractères différentiels qui peuvent aider à les reconnaître.

Il ne me fallut pas long-temps pour voir que les tumeurs de l'aine prises en masse n'avaient que fort peu de caractères communs, et dès les premiers pas je me trouvai arrêté par la difficulté d'en assigner qui convinssent à toutes. Toujours quelques-unes d'elles refusaient l'épithète que je voulais leur imposer. Il me fallut donc suivre une autre marche : j'établis des divisions, et je vis avec plaisir que toutes les tumeurs de l'aine pouvaient être ramenées à deux classes principales, et qu'à chacune d'elles pouvaient être rapportés des signes communs et des signes propres.

Je vais donc m'occuper de faire connaître ces divisions, après toutefois m'être expliqué sur ce que j'entends par aine, et avoir donné quelques détails anatomiques sur cette région.

De l'aine.

On donne le nom d'*aine* au pli qui sépare en devant la cuisse de l'abdomen. C'est une ligne oblique, étendue depuis l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles jusqu'à la saillie que forme l'épine du pubis.

On donne encore le nom d'*aine* à l'espace triangulaire que limitent d'une part, les muscles couturier et premier adducteur, et de l'autre le ligament de *Fallope*. Cet espace forme la région inguinale proprement dite. Il offre une concavité plus ou moins marquée, suivant l'embonpoint des individus ; très-sensible sur les sujets maigres, elle n'est perceptible chez les sujets très-gras que lors de la contraction des muscles qui forment ses côtés.

La peau qui recouvre la région inguinale est fine et recouverte, dans sa partie supérieure et interne, d'une partie des poils du pubis. Au-dessous d'elle, on trouve du tissu cellulaire plus ou moins chargé

de graisse, et contenant des follicules sébacés qui sécrètent une humeur odorante. En continuant à aller ainsi de l'extérieur à l'intérieur, on rencontre successivement la portion du *fascia superficialis*, qui se prolonge jusqu'a cette région; plusieurs veines sous-cutanées, plusieurs petites artères, et les ganglions lymphatiques où viennent se rendre les vaisseaux lymphatiques sous-cutanés de la partie inférieure de l'abdomen, du membre inférieur, de l'anus, et des parties génitales; le premier feuillet du *fascia lata*, et l'ouverture par laquelle pénètrent sous ce feuillet la veine saphène interne et les vaisseaux lymphatiques efférens des glandes superficielles : au-dessous de ce feuillet, l'artère d'abord, puis la veine crurale, le nerf du même nom, et plusieurs de leurs divisions, enfin les ganglions et les vaisseaux lymphatiques profonds. Toutes ces parties reposent sur le feuillet pectinéal du *fascia lata*. Au-dessous de ce dernier se trouvent le muscle pectiné, l'extrémité inférieure des psoas et iliaques, le premier adducteur, le commencement du troisième, le côté antérieur de l'articulation, et enfin le col du fémur.

La base du triangle représenté par la région inguinale est formée par l'arcade crurale, au-dessous de laquelle on rencontre les vaisseaux et nerfs que nous avons déjà nommés, les muscles psoas et iliaque, le pubis, et entre ces différentes parties, c'est-à-dire l'arcade crurale en avant, le pubis en arrière, les muscles psoas et iliaque en dehors, et le ligament de *Gimbernat* en dedans, l'orifice supérieur du canal crural; ce canal est limité en avant par le feuillet superficiel du *fascia lata*, en arrière par son feuillet profond, et enfin en dehors par le *fascia iliaca*: son orifice inférieur n'est autre chose que l'ouverture par laquelle la veine saphène interne s'introduit pour aller s'ouvrir dans la crurale.

A l'angle interne de l'arcade crurale, on trouve encore l'anneau inguinal. Ce dernier formé par l'écartement des fibres du grand oblique, et limité en bas par le pubis, donne passage au cordon testiculaire chez l'homme, et au ligament rond de la matrice chez la femme. Il est recouvert en avant par le *fascia superficialis*, le tissu cellulaire et

la peau ; et derrière lui se trouvent le *fascia transversalis*, l'artère épigastrique et le péritoine.

Tumeurs de l'aine.

Les tumeurs qu'on observe dans la région inguinale sont très-nombreuses, et peuvent être divisées en deux classes. Dans la première, la tumeur occupe, dès sa naissance, la région de l'aine ; dans la seconde, au contraire, elle n'y parvient qu'après un laps de temps plus ou moins considérable.

Dans la première classe, je rangerai la hernie inguinale, la tumeur formée par le testicule engagé dans l'anneau, l'hydropisie, les tumeurs graisseuses, et l'épanchement de sang dans le tissu cellulaire du cordon des vaisseaux spermatiques, les kystes hydatiques développés dans le ligament rond de la matrice, la hernie crurale, les bubons, les abcès idiopathiques ou symptomatiques, l'anévrysme de l'extrémité supérieure de l'artère crurale, enfin, la dilatation variqueuse du bout supérieur de la saphène interne.

A la seconde classe, je rapporterai le sarcocèle, le varicocèle et l'hydrocèle de la tunique vaginale. Ces dernières tumeurs ne sauraient, lorsqu'elles commencent, être rangées parmi les tumeurs de l'aine ; mais, plus tard, on les voit se porter jusqu'à l'anneau inguinal, et c'est alors qu'il est quelquefois très-difficile de les distinguer des tumeurs de la première classe.

J'admets donc des tumeurs primitives et des tumeurs consécutives de l'aine.

Les tumeurs primitives se divisent naturellement en deux autres classes : la première comprend les tumeurs qui peuvent être confondues avec la hernie inguinale, telles que le testicule engagé dans l'anneau et les différentes affections du cordon spermatique que j'ai déjà signalées.

La seconde, au contraire, embrasse les tumeurs qui se rapprochent de la hernie crurale, telles que les bubons, les abcès idiopathiques ou

symptomatiques, l'anévrysme de l'artère crurale, la varice de la saphène interne, etc.

Cette division n'est pas tout à fait arbitraire, et les groupes que j'ai formés m'ont paru propres à faciliter l'étude des caractères distinctifs des tumeurs de l'aine.

DES TUMEURS PRIMITIVES DE L'AINE.

PREMIÈRE DIVISION.

De la hernie inguinale.

La hernie inguinale a reçu différens noms, suivant qu'elle se borne au pli de l'aine ou qu'elle descend jusqu'au fond des bourses. Dans le premier cas, elle est désignée sous le nom de *bubonocèle;* dans le second, sous celui d'*oschéocèle* ou *scrotale*.

Elle a encore reçu d'autres noms tirés des parties herniées; ainsi on l'a appelée *entérocèle*, *épiplocèle*, *entéro-épiplocèle*, suivant que l'intestin ou l'épiploon, ou l'un et l'autre en même temps formaient la tumeur herniaire.

Une autre dénomination des espèces de la hernie inguinale se tire de la position relative de l'artère épigastrique. Ainsi, la hernie est dite externe lorsque cette artère passe à son côté interne, *et vice versâ*.

Voyons quels sont les signes du *bubonocèle* et des tumeurs qui peuvent lui être comparées; nous parlerons ensuite de l'*oschéocèle*.

§ I^er^.

Du bubonocèle et des tumeurs qui peuvent lui être comparées.

Le bubonocèle externe, qu'il soit formé par l'intestin, l'épiploon, ou l'un et l'autre en même temps, se présente sous la forme d'une

tumeur oblongue de haut en bas et de dehors en dedans, indolente, sans changement de couleur à la peau, ayant son siége dans le pli de l'aine, augmentant de volume par le plus léger effort, tel que la toux l'éternuement, et communiquant dans ces cas à la main qui l'explore une impulsion facilement appréciable; enfin, disparaissant sous une pression méthodique et quelquefois même par le simple décubitus, pour reparaître au moindre effort, et même lorsque le malade reprend seulement la position verticale.

Si la hernie est formée par l'intestin, la tumeur est arrondie et plus étroite du côté de l'ouverture abdominale; si l'intestin est distendu par des gaz, elle est plus grosse, égale, élastique, tendue comme un ballon. S'il contient des matières stercorales liquides, elle est molle et pâteuse; elle est dure et inégale, au contraire, lorsque ces matières sont épaisses. La réduction de la hernie intestinale est facile et se fait ordinairement tout à coup, en bloc, comme on le dit, et produit un bruit qui la caractérise, bruit qu'on désigne sous le nom de *gargouillement*.

Dans la hernie formée par l'épiploon, la tumeur est molle au toucher, pâteuse, inégale; la réduction, au lieu de se faire en bloc comme dans la précédente, ne s'opère que petit à petit, et demande une compression soutenue jusqu'à la rentrée de la dernière portion de l'épiploon. Si l'on cesse un moment la compression de l'orifice herniaire, la tumeur reparaît avec la plus grande facilité.

Dans l'*entéro-épiplocèle*, le diagnostic se tire de l'ensemble des symptômes propres à la hernie intestinale et à la hernie épiploïque. Si on comprime la tumeur, l'intestin rentre aussitôt en produisant le gargouillement qui le caractérise; mais il reste une autre portion de la tumeur qui ne rentre que petit à petit et par une compression soutenue, jusqu'au dernier moment, comme nous venons de le dire pour l'épiploon.

Les viscères qui forment la hernie inguinale ne parcourent pas toujours le canal inguinal dans toute son étendue, et quelquefois ils sortent directement par l'anneau, en se faisant jour à travers le *fascia*

transversalis, et d'autres fois même en poussant devant eux cette expansion aponévrotique. De cette façon, le sac herniaire ne s'unit au cordon des vaisseaux spermatiques qu'au-delà de son entrecroisement avec l'artère épigastrique; et il résulte de là que ce dernier vaisseau conserve sa position naturelle au côté externe de l'anneau inguinal, au lieu d'être transporté au côté interne comme cela a lieu lorsque les viscères parcourent l'étendue du canal inguinal. C'est à cette hernie qu'*Hesselbach*, et après lui *Scarpa*, ont donné le nom de *hernie inguinale interne*, pour la distinguer de la précédente, qu'ils appellent *externe*.

Cette hernie interne, lorsqu'elle est encore peu développée, offre une rondeur toute particulière; elle soulève le pilier supérieur de l'anneau et forme, à volume égal, aux environs de cette ouverture, une élévation plus considérable que la hernie externe. Cette élévation n'est pas cylindrique comme dans cette dernière; le cordon testiculaire occupe toujours son côté externe. Enfin, la réduction ne fait entendre aucune espèce de gargouillement.

Tels sont les signes attribués par les auteurs au bubonocèle, tant externe qu'interne. Maintenant je vais passer en revue les tumeurs qui peuvent leur être comparées, et m'efforcer d'en faire ressortir les caractères différentiels.

Du testicule engagé dans l'anneau.

Chez les hommes adultes, mais surtout chez les enfans, un testicule engagé dans l'anneau peut distendre le canal inguinal, et former dans l'aine une tumeur oblongue, réductible, présentant en un mot la plupart des caractères de la hernie inguinale.

Cependant, lorsque la tumeur est formée par le testicule, elle est très-sensible au toucher, et cause, sous une pression un peu forte, des douleurs insupportables, ce qui ne se retrouve pas dans la hernie. L'absence de testicule dans la bourse, du côté de la tumeur, est un autre signe qui aide encore à asseoir son jugement. Il n'est aucune

autre tumeur de l'aine qui présente ces deux signes réunis ; nous les regarderons donc comme les signes pathognomoniques de la présence du testicule dans l'anneau.

De l'hydropisie du cordon.

Le tissu cellulaire du cordon des vaisseaux spermatiques est quelquefois le siége d'un amas de sérosité auquel on a donné le nom d'*hydrocèle par infiltration du cordon*. Cette hydrocèle, lorsqu'elle occupe la partie supérieure du cordon, ressemble parfois tellement à un bubonocèle épiploïque, qu'il est très-difficile de l'en distinguer. En effet, la tumeur est cylindrique dans l'un et l'autre cas ; le degré de consistance et de sensibilité est à peu près le même, et, ce qui est plus propre à induire en erreur, c'est que l'anneau inguinal offre à peu près une égale dilatation, et que, dans les deux cas, la tumeur est également difficile à réduire.

Cependant *Pott* prétend qu'on peut distinguer ces deux tumeurs à l'aide des signes suivans. Dans la hernie épiploïque, la tumeur, une fois réduite, ne reparaît pas tant que le malade conserve la position horizontale et s'abstient de tout effort ; tandis que, dans les mêmes circonstances, l'hydrocèle reparaît aussitôt qu'on cesse la compression.

Suivant *Scarpa*, au contraire, ces signes ne sont pas toujours certains, et le meilleur moyen de distinguer ces deux affections est dans la comparaison de leur consistance et de la régularité de leur surface. Suivant ce célèbre chirurgien, la hernie épiploïque présente en général un peu plus de consistance, et une surface plus irrégulière que l'hydrocèle par infiltration. En outre, cette dernière a toujours un peu plus de largeur à sa partie inférieure, tandis que la hernie épiploïque offre une disposition inverse.

Sans doute ce point de séméiologie chirurgicale a besoin d'être éclairci par de nouveaux faits : cependant, dans un grand nombre de cas, les signes rapportés par *Pott*, réunis à ceux que donne *Scarpa*,

devront suffire pour le diagnostic différentiel de la hernie inguinale épiploïque, et de l'hydrocèle par infiltration du cordon des vaisseaux spermatiques.

Des tumeurs graisseuses de l'aine.

On trouve dans les auteurs un assez grand nombre d'exemples de tumeurs graisseuses développées dans la région inguinale, et simulant une épiplocèle. Ces tumeurs ont quelquefois leur siége tout près de l'anneau et dans la partie du cordon qui se trouve près de cette ouverture; mais le plus ordinairement elles se forment dans le tissu cellulaire du péritoine, aux environs de l'orifice supérieur du canal inguinal, dans lequel elles s'engagent. M. *Pelletan* rapporte, dans le troisième volume de sa Clinique chirurgicale, plusieurs exemples de ces tumeurs, qu'il désigne sous le nom de *tumeurs graisseuses*.

Ces tumeurs ont tant de ressemblance avec l'épiplocèle inguinale, que, dans la plupart des cas rapportés par les auteurs, elles n'ont été reconnues qu'après la mort des individus.

Les tumeurs graisseuses du péritoine sont à peine une maladie, puisqu'elles n'occasionnent aucun accident. Cette innocuité pourrait, dans certains cas, les faire distinguer de la hernie de l'épiploon, qui, presque toujours, apporte quelque trouble dans les fonctions de l'estomac, et s'accompagne si souvent du tiraillement de cet organe. Au reste, la méprise est ici sans conséquence, puisque la conduite du chirurgien doit être la même dans les deux cas. En effet, si la tumeur est réductible, on doit la faire rentrer et la contenir au moyen d'un bandage herniaire; et si elle ne peut pas être réduite, on doit se borner à la soutenir avec un suspensoire.

De l'épanchement de sang dans le tissu cellulaire du cordon.

Il arrive quelquefois que, par un coup, une chute, un violent effort pour soulever un fardeau, une des branches de la veine sperma-

tique se rompt, et que le sang s'infiltre dans le tissu cellulaire du cordon ; il se forme aussitôt une tumeur qui remonte jusqu'à l'anneau inguinal, qu'elle remplit de manière à empêcher d'y distinguer le cordon.

Les circonstances de l'apparition de la tumeur, sa position, sa forme, sa consistance, pourraient la faire prendre pour une hernie ; mais avec un peu d'attention on évitera cette erreur. D'abord cette tumeur ne réunit pas tous les signes d'une hernie ; son volume n'augmente pas par la station sur les pieds, et les efforts de la toux, de l'éternuement, ne lui communiquent pas ordinairement la secousse qui se fait si bien sentir dans la hernie.

D'un autre côté, comme le remarque M. le professeur *Boyer*, une hernie qui survient ainsi tout à coup et à la suite d'un effort, ou bien s'étrangle, et alors donne lieu à des symptômes qui ne permettent pas de la méconnaître, ou bien reste réductible, et par cela même se distingue facilement de la tumeur sanguine qui est irréductible.

Des hydatides développées dans le ligament rond de l'utérus.

Des hydatides peuvent se développer dans le ligament rond de l'utérus et simuler une hernie inguinale. *Dessault* et M. *Lallement* ont eu occasion d'observer cette maladie. Dans le cas rapporté par le premier de ces chirurgiens, la tumeur était molle, transparente, irréductible, et en la tirant en bas, on pouvait l'éloigner assez de l'anneau pour y interposer les doigts et sentir qu'elle n'avait point de continuité avec les viscères abdominaux. Dans le cas rapporté par M. *Lallement*, le diagnostic était plus difficile. La tumeur se prolongeait jusque dans la grande lèvre; elle était entièrement réductible. Mais la mollesse et la fluctuation qu'elle présentait, et la facilité avec laquelle elle se reproduisait après avoir été réduite, et alors même que les doigts interceptaient la plus grande partie de l'orifice inguinal, dûrent porter à croire que cette tumeur était formée par un kyste qui se prolongeait jusque dans la cavité abdominale. Quelque temps après, la femme étant

morte, l'inspection cadavérique confirma la justesse de ce diagnostic.

J'ai cité ces deux cas avec quelques détails, afin de faire connaître les caractères qui distinguent ces hydatides de la hernie inguinale. Je n'insisterai pas davantage sur ce point.

Après avoir comparé le testicule engagé dans l'anneau, l'hydropisie du cordon, etc., à la hernie inguinale, je devrais comparer ces diverses maladies entr'elles ; mais ne serait-ce pas entrer dans de fastidieuses répétitions? Je le crois ; et en conséquence je vais seulement rappeler les principaux signes qui caractérisent chacune de ces tumeurs.

La tumeur formée par le testicule engagé dans l'anneau est excessivement sensible à la pression. Ce caractère seul ne permet pas de la confondre avec une autre tumeur. D'ailleurs l'absence de testicule dans la bourse correspondante vient encore aider au diagnostic.

L'hydropisie du cordon, ne survenant que lentement, ne saurait être confondue avec l'épanchement de sang qui a lieu subitement ; la tumeur est molle, fluctuante, quelquefois transparente, indolente ; elle ne saurait donc être prise pour le testicule. Elle serait plus facilement confondue avec le varicocèle commençant ; mais encore la facilité de la réduction dans ce dernier cas, la prompte reproduction de la tumeur, malgré la compression exercée au-dessus d'elle, sont des signes propres au varicocèle, et qui ne se rencontrent pas dans l'hydrocèle du cordon.

Les tumeurs graisseuses, ai-je dit, ressemblent tellement à la hernie inguinale, que le plus souvent ce n'est qu'à la mort des sujets qu'on a pu les en distinguer. Ces caractères s'appliquent spécialement aux tumeurs formées dans le tissu cellulaire du péritoine, et qui se sont engagées dans le canal inguinal. Mais une tumeur graisseuse peut s'être développée en dehors de l'anneau. S'il reste un intervalle entre elle et cet anneau, elle ne saurait être prise pour une épiplocèle. Elle est irréductible, elle est pâteuse ; la pression ou la station verticale n'influent en rien sur elle ; on ne saurait donc la confondre avec l'hydrocèle ou le varicocèle. Elle est indolente, et la pression n'y dé-

termine aucune douleur ; ce ne peut donc être le testicule non encore arrivé dans les bourses. Enfin, elle s'est formée lentement ; elle ne saurait donc être prise pour un épanchement sanguin.

Quant aux hydatides développées dans le ligament rond de la matrice, la fluctuation de la tumeur, sa mollesse, l'absence d'affections du côté du canal intestinal, la feront distinguer de la hernie, et les circonstances de sa formation aideront à la reconnaître.

§ II.

De l'oschéocèle, et des tumeurs qui peuvent lui être comparées.

Il est rare qu'une hernie inguinale, quand elle n'est pas soutenue, se borne long-temps à la région de l'aine. Le plus ordinairement les viscères continuent à descendre le long du cordon testiculaire, et finissent par venir se loger dans les bourses. C'est alors seulement que la hernie est dite *oschéocèle ;* c'est alors seulement qu'elle peut être confondue avec les maladies du testicule et de ses enveloppes.

L'oschéocèle se présente le plus ordinairement sous forme d'une tumeur pyriforme, molle, rénitente ou pâteuse, suivant qu'elle est formée par l'intestin ou l'épiploon ; s'étendant depuis l'anneau inguinal, dans lequel elle pénètre, jusqu'au fond des bourses ; augmentant de volume par la station sur les pieds ou les genoux, diminuant, au contraire, par une position horizontale, et parfois disparaissant entièrement, aidée ou non par quelques efforts de réduction. Lorsque le malade tousse ou éternue, cette tumeur communique à la main qui l'explore une répulsion très-sensible. La réunion de ces caractères, jointe à la possibilité de constater l'état du cordon et du testicule, ne saurait permettre de confondre l'oschéocèle avec aucune autre tumeur des bourses.

Cependant on a pu, dans quelques circonstances, prendre une hernie pour une hydrocèle, un varicocèle, et même un sarcocèle. Voyons donc les signes qui distinguent ces tumeurs.

De l'hydrocèle comparée à la hernie scrotale.

L'hydrocèle survient le plus ordinairement sans cause connue.

La hernie succède le plus souvent à un violent effort.

L'hydrocèle apparaît d'abord au fond des bourses, et à mesure qu'elle fait des progrès, s'élève de plus en plus, et s'approche ainsi de l'anneau du grand oblique.

La hernie procède en sens contraire ; elle paraît d'abord au pli de l'aine, et ce n'est que consécutivement qu'elle vient occuper le fond des bourses.

L'hydrocèle, lorsqu'elle est simple, est transparente.

La hernie ne l'est pas.

Le volume de l'hydrocèle reste le même, quelque position que prenne le malade.

Le volume de la hernie diminue le plus souvent par une position horizontale.

L'hydrocèle n'est le plus souvent qu'une incommodité qui n'entraîne aucun accident.

La hernie s'accompagne, au contraire, de douleurs dans le tube intestinal, de tiraillemens dans l'estomac, de trouble dans les digestions, de constipation, etc.

Enfin la tumeur formée par l'hydrocèle n'augmente ni de volume ni de rénitence par les efforts que fait le malade.

La hernie, au contraire, devient plus volumineuse, plus rénitente, et dans les efforts brusques de la respiration, elle communique à la main une impulsion que n'offre jamais l'hydrocèle.

Tels sont les caractères à l'aide desquels on distinguera la hernie de l'hydrocèle. Cependant, avant de quitter ce sujet, je dois signaler quelques cas où cette distinction devient beaucoup plus difficile.

1°. L'hydrocèle peut-être congénitale, et dans ce cas susceptible de réduction.

Mais alors même, il reste encore, pour établir le diagnostic, la

transparence, la fluctuation, la légèreté spécifique de la tumeur, les circonstances de la formation, et l'absence de plusieurs des signes caractéristiques de la hernie.

2°. L'hydrocèle peut exister en même temps qu'une hernie.

Cette complication se reconnaît à la réunion des signes qui caractérisent la hernie et l'hydrocèle.

3°. Enfin une hernie épiploïque, dans laquelle des hydatides se sont développées, peut être prise pour une hydrocèle. Tel est le cas fort remarquable rapporté dans les Mémoires de l'Académie royale de chirurgie. (Tom. XV, pag. 451.)

Il n'y a guère alors que les circonstances commémoratives qui puissent éclairer le diagnostic. La hernie a dû précéder la formation des hydatides; elle a dû pendant quelque temps être réductible. Le récit du malade peut apprendre ces faits. D'une autre part, la tumeur doit encore être influencée par les efforts brusques de la respiration; elle doit s'accompagner de tiraillemens dans l'arc du colon, dans l'estomac, de troubles dans les digestions. Ces caractères, s'ils ne suffisent pas pour prononcer sur la nature de la tumeur, feront au moins admettre la possibilité d'une hernie, et rendront circonspect dans les moyens à mettre en usage.

Du sarcocèle comparé à la hernie scrotale.

Dans la plupart des cas, le sarcocèle ne saurait être confondu avec la hernie scrotale. En effet, ces deux maladies diffèrent et dans leurs causes, et dans leur marche, et dans leurs symptômes. Le sarcocèle dépend d'une cachexie cancéreuse fixée sur le testicule, et les violences extérieures à la suite desquelles il se développe n'en sont, le plus souvent, que la cause déterminante. Cette tumeur occupe primitivement la cavité des bourses, et ce n'est que par suite de ses progrès plus ou moins rapides qu'elle gagne la région inguinale; elle est dure, raboteuse, inégale; elle est le siége de douleurs lancinantes qui ne se retrouvent dans aucune autre tumeur des bourses; sa pe-

santeur spécifique est considérable. Enfin, son volume, sa rénitence, ne sont aucunement influencés par les efforts respiratoires. Comment donc pourrait-elle être confondue avec une hernie?

Dans certaines épiplocèles anciennes et volumineuses, l'épiploon acquiert une dureté squirrheuse; et s'il enveloppe en totalité le testicule, comme on en a quelques exemples, il peut arriver que l'on confonde la hernie avec un sarcocèle. Dans ce cas, la diminution graduelle de la tumeur par une position convenable du malade, par des suspensoires, par l'usage extérieur et intérieur des fondans, et surtout les signes commémoratifs, serviront de base au diagnostic.

Du varicocèle comparé à la hernie scrotale.

Avant de se présenter à l'extérieur par des signes apparens, le varicocèle s'annonce le plus souvent par une douleur aux reins, une sorte de pesanteur dans les bourses et le cordon testiculaire, des coliques fréquentes et un sentiment de fatigue après le moindre exercice.

A ces signes rationnels viennent se joindre des signes plus positifs. On sent sur le trajet du cordon une tumeur molle, noueuse, qui, partant de la partie supérieure du testicule, remonte jusqu'au voisinage de l'anneau inguinal, dans lequel elle pénètre même quelquefois. Cette tumeur disparaît en partie par la pression, par la position horizontale, par l'action des réfrigérans; elle est toujours plus volumineuse après une longue station verticale.

La plupart de ces signes se retrouvent dans la hernie épiploïque, lorsque l'épiploon, engorgé, forme une tumeur oblongue, noueuse, et qui cède à la pression des doigts.

Cependant, il reste plusieurs caractères propres à les faire distinguer : ainsi, le varicocèle est précédé d'un sentiment de pesanteur dans le scrotum et dans le cordon des vaisseaux spermatiques, ce qu'on ne trouve jamais dans l'épiplocèle; les douleurs et les tiraillemens qui accompagnent le varicocèle répondent spécialement à la région lombaire; l'épiplocèle, au contraire, occasionne des tiraille-

mens dans l'estomac et des troubles dans la digestion. Dans l'épiplocèle, on sent le cordon spermatique libre dans l'anneau, et situé à côté d'une partie mobile : dans le varicocèle, au contraire, le cordon a perdu son état normal; il est bosselé, inégal, et l'on peut sentir que la tumeur est formée dans son propre tissu. Si, après avoir réduit l'épiplocèle, on applique les doigts sur l'anneau, la hernie ne reparaît plus tant que dure la compression; dans le varicocèle, au contraire, la tumeur reparaît, et prend un volume et une rénitence d'autant plus considérables que l'on comprime plus long-temps. Enfin, la tumeur formée par le varicocèle ne communique point d'impulsion à la main lorsque le malade tousse ou éternue, et nous avons vu que ce caractère appartient spécialement à la hernie.

Je crois donc qu'à l'aide de ces signes différentiels, et en ayant égard aux circonstances commémoratives, on parviendra à distinguer le varicocèle de la hernie et même des autres tumeurs des bourses.

De l'hydrocèle, du sarcocèle et du varicocèle comparés entr'eux.

En comparant la hernie scrotale à l'hydrocèle de la tunique vaginale, au sarcocèle et au varicocèle, nous leur avons assigné des caractères propres non-seulement à les séparer de cette hernie, mais encore à distinguer ces tumeurs entr'elles. En effet, si nous avons trouvé, d'une part, que l'hydrocèle et le sarcocèle étaient des tumeurs ayant leur siége dans les bourses, et ne gagnant la région inguinale que consécutivement, nous avons vu, d'autre part, que l'hydrocèle était une tumeur aqueuse, molle, fluctuante, transparente, d'une légèreté spécifique, indolente, et dans laquelle on pouvait encore distinguer le testicule, tantôt à l'état sain, le plus souvent augmenté de volume;

Que le sarcocèle, au contraire, était une tumeur dure, inégale, d'une pesanteur remarquable et formée par le testicule dégénéré; que cette tumeur, loin d'être indolente comme l'hydrocèle, était le siége des douleurs les plus vives, douleurs caractéristiques, et désignées vulgairement par l'épithète de *lancinantes*.

Ces deux tumeurs ne sauraient donc être confondues lorsqu'elles se présentent avec les caractères que nous venons de leur assigner. Mais quelquefois plusieurs de ces caractères n'existent plus. Dans l'hydrocèle ancienne, par exemple, la tunique vaginale, épaissie, peut avoir acquis une dureté cartilagineuse capable d'en imposer pour un testicule devenu squirrheux. On conçoit qu'alors la transparence n'existe plus, que la fluctuation peut être devenue insensible, que le testicule enfin ne saurait plus être distingué.

Il ne reste donc plus que les circonstances commémoratives, l'indolence de la tumeur et sa légèreté spécifique qui puissent la séparer du sarcocèle.

Dans d'autres cas encore, on peut trouver réunies la transparence et la fluctuation de l'hydrocèle, et la dureté, l'augmentation de volume, les douleurs lancinantes du testicule devenu squirrheux. Ce cas constitue l'hydro-sarcocèle. Ici la maladie du testicule est la maladie principale; l'hydrocèle n'en est qu'un effet. Cette double affection est en général facile à reconnaître. Cependant, nous devons dire que plusieurs fois on n'est parvenu à constater l'état réel du testicule qu'après l'avoir mis à nu par une incision, et donné issue au liquide qui l'environnait.

Quant au varicocèle, il ne saurait guère être pris pour un sarcocèle, à moins d'être fort ancien. En effet, l'absence de douleurs lancinantes et l'influence remarquable du froid et de la position du malade sur le volume et la rénitence du varicocèle, influence nulle sur le squirrhe du testicule, ne permettront pas de confondre ces deux affections.

Il serait plus difficile de le distinguer de l'hydrocèle congénitale, et surtout de l'hydrocèle par infiltration du cordon spermatique. Cependant l'augmentation de la tumeur après une longue station verticale, la diminution de son volume par la simple position horizontale ou par les réfrigérans; enfin, après la réduction de la tumeur, sa réapparition, d'autant plus prompte, que l'on comprimera plus exactement

orifice inguinal et en même temps les veines spermatiques, ne vront mettre sur la voie et conduire à la distinction du varicocèle.

SECONDE DIVISION.

De la hernie crurale et des tumeurs qui peuvent la simuler.

Lorsque la hernie crurale est encore peu volumineuse, elle affecte, en général, une forme ronde, qui lui donne beaucoup de ressemblance avec un ganglion lymphatique engorgé. A mesure qu'elle fait des progrès, elle s'étend en dehors et devient oblongue transversalement. Quelquefois cependant elle continue à descendre directement, et forme alors une tumeur oblongue de haut en bas (*Boyer*). Dans quelques cas rares (*Monro* et *Hesselbach*), la hernie, aussitôt après son apparition, semble formée de plusieurs lobes. Cela tient à l'épaisseur inégale du sac herniaire, ou à la résistance variable que le tissu cellulaire oppose à son développement. Enfin, chez les individus maigres, les viscères déplacés semblent être à fleur de peau.

On juge qu'une tumeur développée dans la partie interne du pli de la cuisse est une hernie crurale, lorsque cette tumeur est survenue tout à coup et à la suite d'un effort; lorsqu'elle augmente de volume par la station verticale, la marche ou quelque effort brusque de la respiration; lorsqu'elle diminue ou disparaît sous la pression ou par la position horizontale du corps; lorsque la toux et l'éternuement lui communiquent une impulsion; enfin lorsqu'elle est accompagnée de quelques affections intestinales.

De la hernie crurale comparée à la hernie inguinale.

Chez l'homme adulte, il n'y a, entre l'angle interne de l'arcade crurale et l'anneau inguinal, qu'un intervalle d'environ sept lignes. Cet intervalle peut disparaître, en quelque sorte, dans le cas où, la hernie

crurale étant volumineuse, son col pousse en avant et en haut la partie interne du ligament de *Fallope*. La tumeur se trouve alors très-rapprochée des pubis et simule assez bien une hernie inguinale. Cependant un examen attentif fera toujours distinguer le lieu par lequel les parties se sont échappées. Ainsi, dans la hernie crurale, la tumeur est située profondément dans le pli de la cuisse, et le doigt ne saurait en atteindre le col ni distinguer les bords de l'orifice qui lui donne passage. La hernie inguinale, au contraire, est toujours moins profonde et située à un demi-pouce environ au-dessus du pli de la cuisse. On sent distinctement les bords de l'anneau par où elle s'est échappée, et derrière elle le cordon des vaisseaux spermatiques. La forme des deux tumeurs sert encore à les différencier. En effet, nous savons que la hernie inguinale est ordinairement pyramidale de haut en bas, tandis que la hernie crurale est presque toujours ovalaire transversalement. Enfin, la hernie crurale s'accompagne de gêne dans les mouvemens de la cuisse et d'œdème dans le pied correspondant. Cette gêne et cet œdème du membre inférieur ne se retrouvent pas dans la hernie inguinale.

Chez la femme, il est un peu plus difficile de distinguer ces deux affections. Chez elle, en effet, l'absence du cordon testiculaire, et la situation plus rapprochée encore de l'anneau inguinal et de l'arcade crurale, rendent raison de cette difficulté. Cependant, la plupart des signes que nous avons indiqués restent encore pour établir les différences de ces deux tumeurs.

De la hernie crurale comparée au bubon.

La hernie crurale épiploïque, irréductible et peu volumineuse, ressemble tellement à l'engorgement glandulaire connu sous le nom de *bubon*, qu'il est arrivé plusieurs fois de confondre ces deux maladies. *Louis*, dans son mémoire sur les hernies avec gangrène, *J.-L. Petit* et plusieurs autres, citent des exemples de semblables méprises. *Saba-*

ter rapporte, dans sa Médecine opératoire, qu'il prit un jour un bubon vénérien pour une hernie crurale. Je fus, dit-il, consulté par un officier sur une tumeur qu'il portait à la partie supérieure et antérieure de la cuisse, directement au-dessous du ligament de *Fallope*. Cette tumeur avait paru subitement cinq à six jours avant, à l'occasion d'un effort que le malade avait fait en sautant un ruisseau très-large. Elle était de forme presque ronde, absolument indolente, d'une rénitence assez grande, et n'avait pas changé la couleur de la peau. Le malade lui-même, qui croyait n'avoir aucune raison de craindre une maladie vénérienne, ne me dit point qu'il s'y fût exposé, et ne me parla que de l'effort après lequel la tumeur avait paru, sans qu'elle eût augmenté de volume depuis. Je crus que c'était une hernie crurale, et je lui conseillai de se faire faire un bandage; mais l'accroissement de la tumeur ne tarda pas à nous détromper tous les deux, et je vis qu'il avait un bubon vénérien, pour lequel je lui fis administrer les remèdes convenables.

Ces exemples prouvent combien il est parfois difficile de distinguer la hernie du bubon. Cependant, nous devons dire que le plus ordinairement on parvient à un diagnostic exempt d'erreur. Voici, au reste, quels sont les principaux phénomènes qui peuvent lui servir de base, soit dans le cas d'une tumeur sans inflammation, soit dans celui où la tumeur est enflammée et accompagnée d'autres accidens.

La tuméfaction des glandes de l'aine se fait lentement et augmente peu à peu. Elle se manifeste après un coït impur, et, presque toujours alors, elle est accompagnée de chancres au prépuce ou au gland, ou bien elle est consécutive à une affection vénérienne mal traitée. Le bubon n'est nullement influencé par les efforts respiratoires; il est irréductible: il est souvent assez mobile pour qu'on puisse le mouvoir çà et là sous la peau, l'éloigner du ligament de *Fallope*, ou le soulever de manière à s'apercevoir qu'il n'a aucune connexion avec l'ouverture placée sous ce ligament; enfin le bubon ne

s'accompagne point de ces symptômes d'affection de l'estomac ou des intestins qu'on remarque le plus souvent dans la hernie, surtout lorsqu'elle est petite et récente.

Si l'on compare ces signes à ceux que présente la hernie crurale, signes que nous avons rapportés plus haut, on sera frappé des différences qui séparent ces deux affections, et peut-être s'étonnera-t-on qu'on ait pu les confondre.

Dans le cas où la tumeur serait volumineuse, enflammée, avec douleurs plus ou moins vives, fièvre, tension, rougeur des tégumens, mollesse dans le centre et dureté dans la circonférence, l'absence des signes d'étranglement devrait encore faire prononcer pour un bubon ; et cependant nous devons ajouter qu'une épiplocèle crurale peut être enflammée, et même suppurer, sans que le malade éprouve les accidens qui accompagnent d'ordinaire l'étranglement. Ce cas présente des symptômes tellement analogues à ceux d'un bubon parvenu à maturité, qu'il est presque impossible de les distinguer. Heureusement que, dans l'un et l'autre cas, la conduite du chirurgien doit être la même, et qu'ainsi l'erreur dans le diagnostic n'entraîne aucune conséquence fâcheuse.

Enfin, la hernie crurale et le bubon peuvent exister simultanément, se compliquer, et ajouter encore à la difficulté du diagnostic (*Leblanc, Callisen*). Des douleurs, la météorisation de l'abdomen, l'empâtement de sa partie inférieure, un engorgement phlegmoneux des parties voisines, peuvent, par leur réunion, jeter quelques doutes sur le véritable caractère d'une tumeur placée dans la région où les hernies crurales se manifestent. Mais la persévérance de la douleur abdominale, les nausées, les hoquets, les rapports, les vomissemens d'une part, et de l'autre la sensation d'une tumeur isolée au centre de la grande tumeur, démontreront l'existence de la hernie.

De la hernie crurale comparée aux abcès de l'aine.

Ce que nous venons de dire du bubon suppuré peut s'appliquer aux abcès idiopathiques de l'aine; nous passerons donc de suite aux abcès symptomatiques ou par congestion.

On a vu des abcès par congestion, situés au pli de l'aine, se présenter avec des symptômes capables d'en imposer pour une hernie crurale. *Petit* en rapporte deux exemples : l'un de ces abcès disparaissait par le taxis, l'autre par le simple décubitus dorsal, et tous deux simulaient parfaitement la réduction d'une hernie. A cette réductibilité peuvent se joindre d'autres signes plus propres encore à favoriser la méprise. Ainsi la tumeur peut augmenter de volume par la position verticale ; dans la toux ou tout autre effort de la respiration, elle peut communiquer cette impulsion qui forme un des principaux caractères des hernies.

Cependant l'abcès présente une fluctuation qui ne s'observe jamais dans la hernie, et son apparition a été précédée par une douleur sourde et profonde dans la région lombaire ou dorsale.

C'est donc en interrogeant les circonstances commémoratives que l'on parviendra à distinguer la hernie crurale de certains abcès du pli de l'aine.

De la hernie crurale comparée à la varice de la saphène interne.

Une varice située au pli de la cuisse, disparaissant par la pression ou le décubitus, reparaissant par la position verticale, et augmentant de volume, avec impulsion par la toux ou tout autre effort de la respiration, a pu être prise pour une hernie crurale. Cette erreur fut commise par un coureur marchand d'orviétan, qui vendit bien cher à la malade un mauvais bandage qu'elle ne put supporter, à cause des douleurs excessives qu'il causait dans la cuisse et dans la jambe.

J.-L. Petit, étant à Courtray, fut prié de visiter cette malade, et vit qu'elle portait, au pli de l'aine, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, laquelle rentrait d'elle-même quand la malade était couchée, reparaissait quand elle était debout, grossissait jusqu'à ce qu'elle eût acquis son volume ordinaire, et causait alors de la douleur et de la pesanteur dans l'extrémité du côté malade, ce qui obligeait cette fille à se reposer de temps en temps. Cette tumeur était fluctuante, et la peau qui la recouvrait avait une teinte brunâtre, qui disparaissait lorsque la tumeur était réduite. De plus, il y avait, le long de la partie interne de la cuisse, une corde grosse et noueuse qui suivait le trajet de la veine saphène. *J.-L. Petit* l'eut bientôt reconnue pour cette veine tuméfiée et variqueuse : il en conclut que la tumeur de l'aine était formée par la dilatation excessive de cette veine à l'endroit où elle s'ouvre dans la veine crurale.

Dans un cas semblable, la fluctuation de la tumeur, la couleur brunâtre de la peau, la coexistence de varices sur le trajet de la veine saphène, l'absence d'affections intestinales et les circonstances commémoratives, devraient mettre sur la voie et s'opposer à toute méprise.

De la hernie crurale comparée à l'anévrysme de l'artère crurale.

Un anévrysme vrai de l'extrémité supérieure de l'artère crurale offre quelques caractères qui le rapprochent de la hernie, et l'ont même fait confondre avec cette dernière affection. En effet, le siége et la forme de la tumeur sont les mêmes dans l'un et l'autre cas. Comme la hernie, l'anévrysme peut survenir tout à coup et à la suite d'un effort; comme elle encore il peut disparaître par la pression et reparaître lorsqu'elle a cessé.

Cependant, si l'on considère qu'une tumeur anévrysmale offre des battemens isochrones aux battemens du pouls, des mouvemens d'expansion qui la distinguent de toute autre tumeur; que la compression

exercée au-dessous d'elle augmente son volume, sa rénitence et l'intensité des battemens; que cette même compression exercée au-dessus d'elle produit un effet contraire, et la fait même quelquefois disparaître, on sera peut-être étonné qu'on ait pu la confondre avec une hernie crurale, qui ne présente rien de semblable.

Admettons maintenant que la tumeur anévrysmale soit ancienne; que les battemens et les mouvemens d'expansion aient cessé d'être sensibles; peut-on prendre une semblable tumeur pour une hernie ancienne irréductible? Ici, certainement, la méprise est plus facile; mais la dureté de la tumeur, son défaut d'expansion, d'impulsion dans les efforts brusques de la respiration; l'absence du trouble des fonctions digestives, qui accompagne toujours les hernies anciennes; la sensation d'une tumeur à travers les parois abdominales et dans la direction des vaisseaux iliaques, devront mettre sur la voie de cette affection. Peut-être qu'en interrogeant alors les circonstances commémoratives, on parviendra à établir un diagnostic juste sur la nature de la tumeur. Nous n'avons pas parlé de l'état du membre inférieur comme pouvant fournir des caractères propres à éclairer la question; car dans la hernie et dans l'anévrysme, on remarque un trouble plus ou moins marqué dans la nutrition de ce membre : cependant, dans l'anévrysme arrivé au point de ne plus offrir de battemens sensibles, il semble que le trouble dans la circulation, l'œdème ou l'atrophie qui en résultent doivent être plus prompts et portés à un plus haut degré que dans la hernie crurale.

De la hernie crurale comparée aux tumeurs graisseuses de l'aine.

Les différentes espèces de loupes peuvent avoir leur siége à l'aine comme en toute autre région du corps. Cependant celles de ces tumeurs qui se développent dans les parois du ventre et aux lieux où se font ordinairement les hernies sont le plus souvent de nature graisseuse: elles peuvent, jusqu'à un certain point, simuler une épiplo-

cèle ; mais on évitera cette méprise en considérant qu'elles sont mobiles en tous sens, plus molles au toucher ; que la peau qui les recouvre est plus lâche ; que leur surface est un peu inégale ; qu'elles ne disparaissent ni par la compression, ni par le décubitus ; enfin, qu'elles peuvent prendre un volume considérable sans troubler les fonctions des viscères abdominaux, ni causer d'accidens.

Du bubon, des abcès, etc., comparés entr'eux.

Le bubon n'a point de ressemblance avec un abcès par congestion, la varice de l'extrémité supérieure de la saphène ni les tumeurs graisseuses de l'aine ; il serait donc tout à fait oiseux de le mettre en parallèle avec chacune de ces affections. Il n'en est pas de même de l'anévrysme. Comme ce dernier, le bubon forme une tumeur arrondie et présentant parfois des battemens isochrones aux mouvemens du pouls ; mais avec un peu d'attention, on reconnaît que les battemens qu'il offre lui sont communiqués par le voisinage de l'artère. La tumeur est soulevée au lieu de présenter l'expansion qui caractérise l'anévrysme.

Les abcès par congestion ne sauraient être comparés qu'à la varice de la saphène. En effet, dans l'un et l'autre cas, la tumeur est molle, réductible, et occupe la région inguinale ; mais l'abcès par congestion a été précédé de douleur dans un point de la colonne vertébrale : lorsqu'il est réductible et qu'on l'a fait rentrer, il ne reparaît pas tant que la compression est faite exactement ; la tumeur formée par la varice, au contraire, se reproduit aussitôt ; elle donne à la peau une teinte bleuâtre ; enfin d'autres varices existent ordinairement en même temps sur le trajet de la même veine.

Les tumeurs graisseuses ne sauraient être comparées qu'à la hernie épiploïque ; nous renvoyons donc à ce que nous en avons dit dans le chapitre précédent.

D'autres tumeurs peuvent encore se développer dans l'aine ; tels sont l'érysipèle, le phlegmon, le furoncle, l'anthrax, etc. Mais comme chacune de ces tumeurs a des signes propres qui ne permettent pas de la confondre avec aucune des tumeurs dont nous nous sommes occupé, nous nous abstiendrons d'en parler.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

In omni corporis motu, quandò dolere cœperit, interquiescere, statim lassitudinem curat. *Sect.* 2, *aph.* 48.

II.

Lassitudines sponte obortæ morbos denuntiant. *Ibid.*, *aph.* 5.

III.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

IV.

In exacerbationibus cibum substrahere oportet: exhibere enim, noxium est. Et quæcumque per circuitus exacerbantur, in exacerbationibus substrahere oportet. *Ibid.*, *aph.* 11.

V.

Si quis febricitanti cibum det, convalescenti quidem, robur; ægrotanti verò, morbus fit. *Sect.* 7, *aph.* 65.

VI.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Sect.* 2, *aph.* 19.